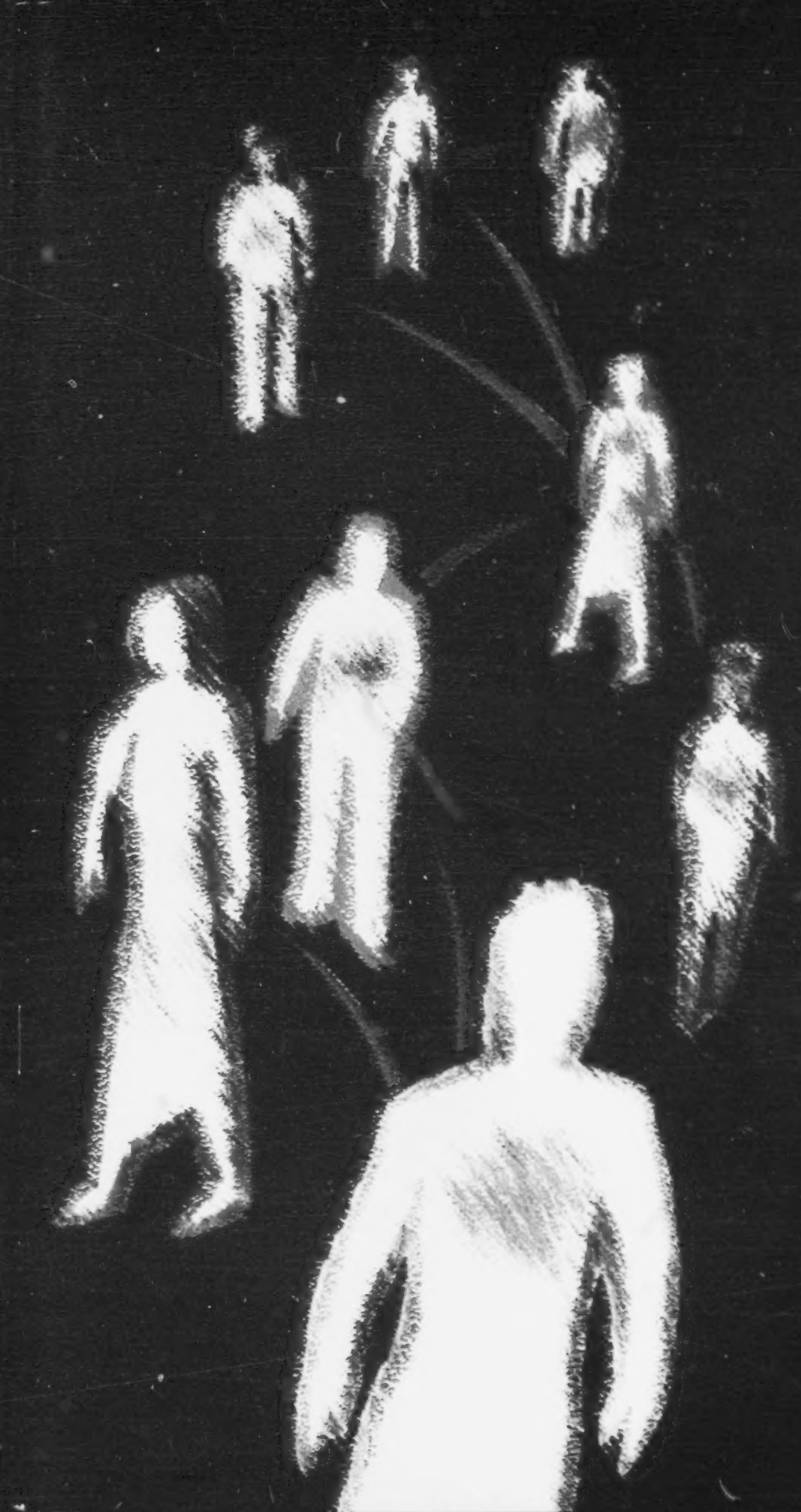


Programme québécois d'intervention préventive

auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement

et auprès de leurs PARTENAIRES

Québec

105-03117/

Programme québécois d'intervention préventive

auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement

et auprès de leurs PARTENAIRES

Santé et Services sociaux Québec

Le *Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires* a été élaboré à la Direction générale de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, par un groupe de travail formé de :

Brigitte Fournier, médecin-conseil en maladies infectieuses, Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches, responsable du groupe de travail

Michèle Dupont, médecin-conseil, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylvie Venne, présidente du comité consultatif sur les ITS, médecin-conseil, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaboration

Les personnes suivantes ont contribué à enrichir la réflexion sur ce programme :
Martine Fortier
Raymond Massé
David Roy
Stéphane Roy
Maryse Samson
Marie-Carole Toussaint
Danielle Vachon

Les orientations de ce programme ont été approuvées par les membres du comité consultatif sur les ITS, dont la liste se trouve à la fin du document.

Rédaction

Hélène Gilbert

Édition

Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un exemplaire de ce document,
faites parvenir votre commande
par télécopieur : (418) 644-4574
par courriel : communications@msss.gouv.qc.ca
ou par la poste :
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Ce document peut être consulté à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est :
www.msss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
ISBN 2-550-43708-X
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles 4

Lexique 5

Introduction 7

1. Objectifs du programme 9

2. Pertinence de l'intervention préventive 11

3. Cas prioritaires 13

4. Approches préconisées 15
- L'approche négociée 15
- L'approche passive 15

5. Volets de l'intervention préventive 19
- Premier volet – Counselling général offert au cas-index 19
- Deuxième volet – Counselling relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires 19
- Troisième volet – Notification aux partenaires et intervention préventive auprès d'eux 20

6. Modalités de l'intervention des professionnels de la santé publique 21
- Intervention préventive à la suite de la déclaration d'une ITS-MADO prioritaire 21
- Intervention préventive à la suite de la déclaration d'une ITS-MADO autre que prioritaire 23
- Demande de soutien provenant d'un clinicien 23
- Soutien offert à la suite d'un dépistage réalisé par un service de dépistage 25
- Demande de soutien provenant d'une personne atteinte d'une ITS 25
- Demande de soutien provenant de l'extérieur de la région 26

7. Dimensions éthiques 27

8. Cadre légal 29

9. Organisation des services 33

10. Critères essentiels à la réussite de l'intervention 35

11. Évaluation 37

Conclusion 39

Annexes 41
- Annexe I Partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité 41
- Annexe II Outils de communication et d'intervention 42

Liste des membres du comité consultatif sur les ITS 43

Bibliographie 45

LISTE DES SIGLES

AIP	Atteinte inflammatoire pelvienne
CLSC	Centre local de services communautaires
DSP	Direction (régionale) de santé publique
IP	Intervention préventive
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MTS	Maladie transmissible sexuellement
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

LEXIQUE

Pour les besoins du présent document, les expressions employées ont la signification indiquée ici.

Approche négociée
Après entente entre le cas-index et le professionnel de la santé, chacun des partenaires est joint soit par le cas-index, soit par le professionnel.

Approche passive
Le cas-index est encouragé par le professionnel de la santé à informer lui-même ses partenaires de la possibilité qu'ils soient infectés et à leur faire part de la nécessité qu'ils soient examinés et traités. Le professionnel de la santé le soutient dans cette démarche.

Cas-index
Personne chez qui une ITS a été diagnostiquée.

Cas prioritaire pour une intervention préventive de la part des professionnels de la santé publique
Situation où l'intervention préventive auprès des partenaires est d'une importance particulière, selon les données épidémiologiques et la nature de l'infection ou compte tenu des caractéristiques des personnes infectées ou de celles de leurs partenaires.

Dépistage
Recherche d'une maladie – ici, une infection transmissible sexuellement – chez une personne asymptomatique.

ITS-MADO prioritaire
Voir Cas prioritaire pour une intervention préventive de la part des professionnels de la santé publique.

Multiples partenaires
Il s'agit d'une notion subjective. La définition retenue dans le présent programme est celle qui est déjà utilisée pour la surveillance de l'infection gonococcique, soit plus de deux partenaires au cours des deux derniers mois ou plus de cinq partenaires au cours de la dernière année.

Notification aux partenaires
Selon la terminologie généralement utilisée : l'ensemble des démarches liées à l'intervention préventive auprès du cas-index et de ses partenaires. Dans le présent programme : un des volets de l'intervention préventive, soit la communication avec le partenaire en vue de l'informer qu'il a été exposé à une ITS et de l'inviter à consulter un médecin.

Noyau de transmetteurs
Groupe de personnes dont les comportements impliquent un risque très élevé de contracter une ITS et de la transmettre à un grand nombre de personnes.

Partenaire
Toute personne qui, durant la période présumée de contagiosité, a eu des rapports sexuels avec un cas-index.

Période de contagiosité
Période durant laquelle il y a risque de transmission de l'infection.

Réinfection
Réapparition des manifestations d'une maladie infectieuse chez un sujet guéri, à la suite d'une nouvelle exposition à l'agent causal.

Traitement épidémiologique
Traitement des personnes ayant eu un contact avec un cas connu d'ITS, même si elles ne manifestent aucun signe ou symptôme clinique et que les analyses de laboratoire relatives à leur cas ne montrent aucun signe d'infection.

INTRODUCTION

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) constituent un sérieux problème de santé publique. Chaque année, ces infections touchent des milliers de personnes et, à elles seules, elles représentent près de 50 % de toutes les maladies déclarées au système des maladies à déclaration obligatoire (MADO) du Québec.

Le phénomène est en recrudescence. Ainsi, depuis la fin des années quatre-vingt-dix, l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, de l'infection gonococcique et de la syphilis est à la hausse.

Les ITS – qui sont souvent asymptomatiques et non diagnostiquées – peuvent entrainer diverses complications telles que des atteintes inflammatoires pelviennes (AIP), des grossesses ectopiques, voire l'infertilité. La présence d'une ITS peut augmenter le risque de transmission du VIH. En outre, une femme enceinte atteinte d'une ITS peut la transmettre à son nouveau-né. Voilà autant de motifs d'agir pour enrayer la propagation de ces maladies.

Inscrite au *Programme national de santé publique 2003-2012*, l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires – auparavant appelée *notification aux partenaires* – est un moyen dont la pertinence est largement reconnue pour lutter contre les ITS. Au Québec, cette démarche s'inscrit dans le cadre de l'enquête épidémiologique que, conformément à la Loi sur la santé publique, la Direction de santé publique mène à la suite de la déclaration d'une MADO.

Même si elle peut s'avérer exigeante, tant pour les personnes atteintes que pour les professionnels de la santé, l'intervention préventive est susceptible de réduire la transmission des ITS et de limiter leurs conséquences négatives pour la santé de la population.

1 OBJECTIFS DU PROGRAMME

L'intervention préventive vise à la fois la personne chez qui une ITS a été diagnostiquée (cas-index) et ses partenaires. Ses objectifs généraux, qui répondent à des impératifs de protection de la santé publique, sont les suivants :

- éviter la réinfection du cas-index par un partenaire infecté non traité ;
- interrompre la chaîne de transmission de l'infection dans la communauté ;
- prévenir l'apparition de complications liées à une infection non traitée, en offrant un traitement précoce aux partenaires.

Ses objectifs spécifiques sont les suivants :

- sensibiliser les personnes atteintes d'une ITS à l'importance de l'intervention préventive auprès de leurs partenaires ;
- offrir un soutien aux personnes infectées dans leur démarche pour aviser leurs partenaires ;
- offrir un counselling préventif aux partenaires ;
- favoriser le traitement précoce des partenaires.

Le présent programme vise plus particulièrement les ITS qui, selon le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, en vigueur depuis le 20 novembre 2003, font l'objet d'une déclaration obligatoire au directeur de santé publique. Il s'agit de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, auxquelles s'ajoutent les ITS rares que sont le granulome inguinal, le chancre mou et la lymphogranulomatose vénérienne[1].

1. En vertu du même règlement, le VIH fait dorénavant l'objet d'une surveillance épidémiologique, mais il n'est pas inclus dans la liste des MADO, sauf si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus. Par conséquent, les directions de santé publique n'ont généralement pas accès à l'information requise pour prendre l'initiative d'une intervention préventive auprès des partenaires de personnes infectées par le VIH. Toutefois, grâce à l'expertise acquise dans ce type d'intervention, le réseau de la santé publique pourra, dans des circonstances particulières, répondre à d'éventuelles demandes de médecins traitants relativement à l'intervention préventive auprès des partenaires de ces personnes.

2 PERTINENCE DE L'INTERVENTION PRÉVENTIVE

Diverses études[2] ont montré la pertinence et l'importance d'un soutien particulier en intervention préventive auprès des partenaires des personnes atteintes d'une ITS. On constate notamment que :

- le taux d'infection est élevé parmi les partenaires des personnes atteintes d'une ITS bactérienne. Un grand nombre de ces partenaires demeurent asymptomatiques ou présentent des symptômes qui ne les auraient pas amenés à consulter un professionnel de la santé ;
- une proportion importante des cas-index ne peuvent pas ou ne veulent pas aviser leurs partenaires, ou encore négligent de le faire. Une proportion importante de partenaires, variant entre 30 et 40 % (et pouvant atteindre 80 % chez les partenaires d'aventure), ne sont pas informés de leur exposition à une ITS par la personne atteinte elle-même ;
- pour diverses raisons, les médecins traitants n'encadrent pas toujours suffisamment leurs patients dans leur démarche pour aviser leurs partenaires.

Selon une étude réalisée aux États-Unis, certains médecins estiment que, en l'absence d'un service de soutien, seulement 17 % de leurs patients ont avisé leurs partenaires de leur exposition à une ITS[3].

Reconnue depuis de nombreuses années par des organismes du domaine de la santé publique tels que l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* aux États-Unis et la Division des maladies acquises en collectivité, section santé, sexualité et ITS, de Santé Canada, l'intervention préventive auprès des partenaires est au cœur des activités de contrôle des ITS dans de nombreux pays (Angleterre, Suède, États-Unis et autres).

Un projet pilote réalisé dans les régions de Montréal-Centre et de Laval de 1993 à 1997, dont le but était d'implanter et d'évaluer un service de soutien en intervention préventive auprès des partenaires, est venu appuyer certaines constatations décrites dans la littérature scientifique.

---

2. Gilles LAMBERT et autres, *Évaluation d'un service de soutien à la notification aux partenaires de personnes atteintes d'une maladie transmissible sexuellement (MTS) autre que l'infection à VIH*. Directions de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 1998, 204 p.

   A. D. OXMAN et autres, « Partner notification for sexually transmitted diseases: An overview of the evidence », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 85, supplément 1, août 1994, p. 541-548.

   Beth A. MACKE et Julie E. MAHER, « Partner notification in the United States: An evidence-based review », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 17, n° 3, 1999, p. 230-242.

   Janet S. ST. LAWRENCE et autres, « STD screening, testing, case reporting, and clinical and partner notification practices: A national survey of US physicians », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 11, novembre 2002, p. 1784-1788.

3. Matthew R. GOLDEN et autres, « Partner notification for chlamydial infections among private sector clinicians in Seattle-King County: A clinician and patient survey », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 26, n° 9, 1999, p. 543-547.

- La majorité des médecins adhèrent aux objectifs poursuivis par un service de soutien en notification aux partenaires et reconnaissent le bien-fondé d'une démarche de soutien volontaire.
- La majorité des cas-index acceptent de participer à une entrevue et de conclure, avec le professionnel de la santé publique, une entente d'intervention préventive auprès de leurs partenaires.
- Les partenaires apprécient que l'on se préoccupe de leur santé[4].

Des services de soutien en matière d'intervention préventive auprès des partenaires des personnes atteintes d'une ITS existent également dans d'autres régions du Québec.

Ce sont là quelques-unes des raisons qui ont incité le Comité consultatif sur les ITS (auparavant appelé Comité consultatif sur les MTS) à recommander :

- que l'intervention préventive auprès des partenaires de personnes atteintes d'une ITS soit intégrée dans les stratégies de lutte contre les ITS au Québec ;
- que les services de soutien existants en matière d'intervention préventive soient consolidés et que des services semblables soient mis en place dans l'ensemble des régions du Québec ;
- que le travail des professionnels de la santé publique en matière d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires soit axé davantage sur certains cas considérés comme prioritaires[5].

Le présent programme fait suite à ces recommandations. Ses orientations ont été approuvées par le Comité consultatif sur les ITS.

4. Gilles LAMBERT et autres, *op. cit.*

5. COMITÉ CONSULTATIF SUR LES MTS, *La notification aux partenaires pour les personnes atteintes d'une MTS : État de la situation et recommandations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, p. 42.

3 CAS PRIORITAIRES

Idéalement, toutes les ITS-MADO devraient faire l'objet d'une intervention des professionnels de la santé publique. Toutefois, compte tenu des données épidémiologiques, de la nature de l'infection et, également, des caractéristiques des personnes infectées ou de leurs partenaires, l'intervention préventive des professionnels de la santé publique revêt une importance particulière pour certains cas, désignés ici comme cas prioritaires[6].

Dans une perspective de protection des populations vulnérables et de prévention auprès de ces dernières, une intervention des professionnels de la santé publique (enquête épidémiologique et intervention préventive auprès du cas-index et de ses partenaires) est requise à la suite de la déclaration de l'une ou l'autre des infections mentionnées ci-dessous.

■ Syphilis infectieuse, soit syphilis primaire, secondaire ou latente précoce

Depuis 2000, on observe une augmentation de l'incidence de la syphilis. Un traitement adéquat est nécessaire pour empêcher des complications pouvant être graves (p. ex.: atteinte neurologique). Les mesures préventives visent également à empêcher l'apparition d'une syphilis congénitale chez l'enfant d'une mère infectée et non traitée. Enfin, comme les personnes touchées sont plus susceptibles d'appartenir à des noyaux de transmetteurs souvent difficiles à joindre, le diagnostic de syphilis est une occasion à saisir pour amorcer une intervention préventive auprès de ces populations. Par ailleurs, étant donné la complexité de la classification des cas en fonction du stade de la maladie, une validation des déclarations est d'autant plus nécessaire que la période visée pour l'identification des partenaires à joindre varie selon ce stade.

■ Syphilis latente tardive, lorsque le titre du test non tréponémique est élevé (1: 32 et plus)

Dans le cas d'une syphilis latente tardive, une enquête épidémiologique doit être amorcée essentiellement dans le but de valider la classification du cas. Si le titre est élevé, il peut s'agir d'une syphilis infectieuse. Lorsque cette hypothèse ne peut être écartée, l'intervention préventive doit être complétée comme s'il s'agissait d'une syphilis infectieuse.

■ Infection gonococcique

L'objectif national est de diminuer l'incidence de l'infection gonococcique au seuil de l'élimination. Or, une augmentation importante du nombre de cas déclarés (63 %) a été observée entre 1998 et 2002. Cela justifie une intensification des mesures de vigie sanitaire.

---

6. Dans les autres cas, la responsabilité de l'intervention préventive est généralement laissée au clinicien. Ce dernier peut utiliser les outils qui ont été conçus à cet effet dans le cadre du présent programme.

L'intervention préventive des professionnels de la santé publique dans tous les cas d'infection gonococcique s'impose également en raison des possibilités de développement de la résistance aux antibiotiques et parce que les populations touchées sont plus susceptibles que d'autres d'appartenir à des noyaux de transmetteurs.

■ Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*

L'intervention préventive est requise lorsque l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est diagnostiquée chez :

- une personne de 19 ans ou moins,
- une personne présentant des ITS à répétition,
- une femme ayant eu plus d'une interruption volontaire de grossesse,
- une femme ayant une AIP,
- une femme enceinte ou un homme dont la partenaire est enceinte,
- une personne ayant de multiples partenaires,
- une personne dont les partenaires sont difficiles à joindre.

Cette intervention s'impose en raison de la vulnérabilité de ces populations aux complications, en raison également du potentiel de propagation ou du risque de transmission de l'infection au nouveau-né.

■ Chancre mou, lymphogranulomatose vénérienne et granulome inguinal

Le chancre mou, la lymphogranulomatose vénérienne et le granulome inguinal, des infections rares en Amérique du Nord, doivent faire l'objet d'une intervention préventive notamment afin de valider les cas et de prévenir la propagation locale.

4 APPROCHES PRÉCONISÉES

Au Québec, deux approches sont préconisées en matière d'intervention préventive auprès des partenaires : l'approche négociée et l'approche passive.

L'approche négociée

Suivant l'approche négociée, après entente entre le cas-index et un professionnel de la santé, chacun des partenaires est joint dans un délai de quelques jours, soit par le cas-index lui-même, soit par le professionnel. Cette approche exige un mécanisme de suivi, afin de vérifier si tous les partenaires devant être joints par le cas-index l'ont été effectivement dans les délais convenus.

Cette approche (voir l'algorithme 1) est recommandée pour tous les cas prioritaires pour une intervention préventive de la part des professionnels de la santé publique.

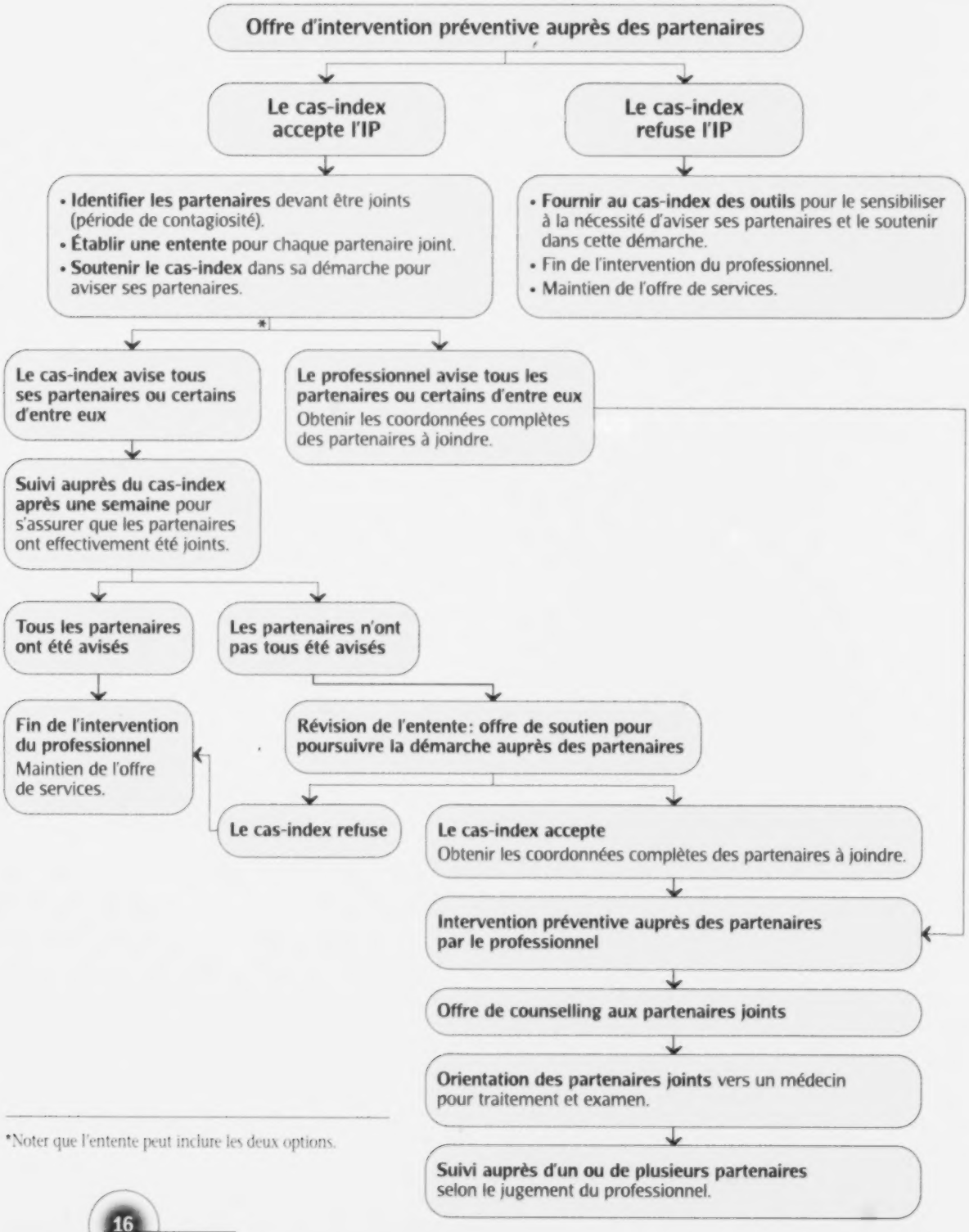
L'approche passive

Selon l'approche passive, le cas-index, encouragé et soutenu par un professionnel de la santé, informe lui-même chacun de ses partenaires de la possibilité qu'il soit infecté et de la nécessité qu'il soit traité et examiné. Le professionnel de la santé n'intervient pas directement auprès des partenaires, mais conseille le cas-index quant à la démarche à suivre.

Cette approche (voir l'algorithme 2), acceptable pour les cas d'ITS autres que prioritaires, a l'avantage de nécessiter moins de ressources professionnelles que l'approche négociée. Elle présente cependant des limites importantes, dont celle de reposer entièrement sur la motivation et les capacités du cas-index. La démarche peut s'avérer très éprouvante pour ce dernier (choc émotif, sentiment d'inaptitude, impossibilité de préserver son anonymat, etc.). Aucun suivi systématique n'étant réalisé auprès du cas-index afin de s'enquérir des résultats de sa démarche, il est difficile d'en évaluer l'efficacité. Les partenaires ont-ils été effectivement joints ? Ont-ils compris l'importance d'une consultation médicale ? Chose certaine, sans consultation, ils ne peuvent recevoir ni information ni conseils d'un professionnel de la santé.

Algorithme 1

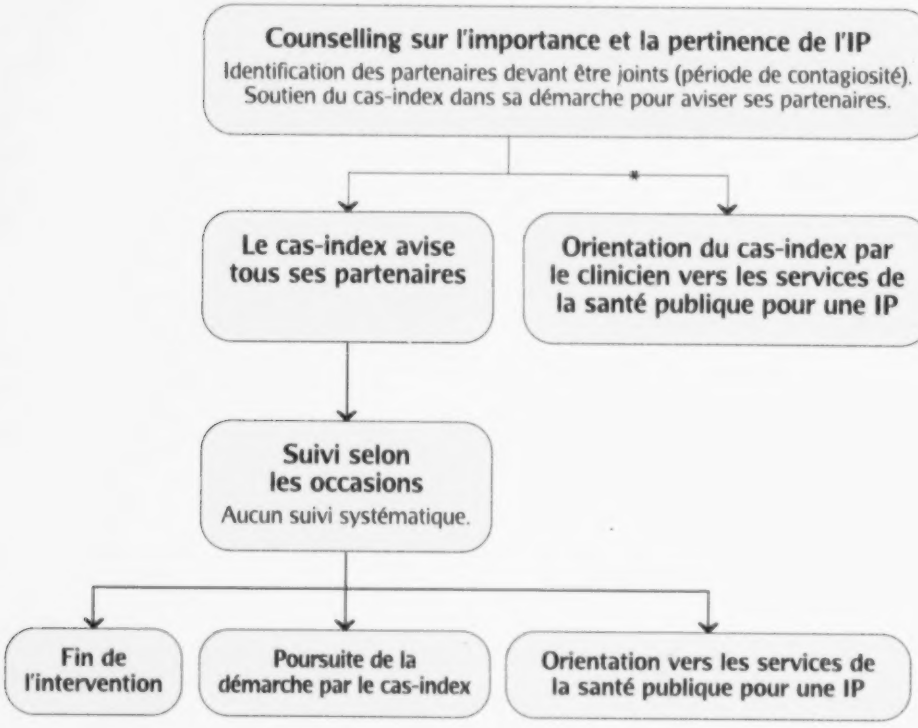
INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PARTENAIRES SELON L'APPROCHE NÉGOCIÉE



*Noter que l'entente peut inclure les deux options.

Algorithme 2

INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PARTENAIRES SELON L'APPROCHE PASSIVE



*Pour les ITS prioritaires et certains autres cas, selon le jugement du professionnel.

5 VOLETS DE L'INTERVENTION PRÉVENTIVE

L'intervention préventive comprend un ensemble de services offerts à la personne atteinte d'une ITS (cas-index), puis à ses partenaires. L'intervention comporte généralement trois volets qui, eux-mêmes, comprennent plusieurs étapes.

Premier volet – Counselling général offert au cas-index

Le counselling général offert au cas-index vise à créer des conditions favorables au succès du traitement de son infection, à lui éviter des complications éventuelles, à prévenir toute récidive de la maladie et à empêcher la survenue d'une autre ITS. Préalable à l'intervention auprès des partenaires, ce volet comprend les étapes suivantes :

- donner de l'information sur l'infection et sur les complications qui peuvent en découler ;
- évaluer la possibilité d'une persistance de l'infection ou d'une réinfection ;
- favoriser l'administration d'un traitement efficace :
  - promouvoir la fidélité au traitement prescrit,
  - favoriser le choix d'un traitement conforme aux lignes directrices,
  - faire connaître le programme de gratuité des médicaments contre les ITS ;
- donner de l'information sur le dépistage des ITSS (possibilité de co-infection) ;
- fournir des conseils pour favoriser l'adoption et le maintien de pratiques (sexuelles et autres) sécuritaires :
  - sensibiliser le cas-index aux risques liés à son comportement sexuel ou à ses habitudes de vie,
  - lui donner de l'information sur les pratiques plus sécuritaires,
  - déceler les obstacles à la prévention et soutenir la recherche de solutions ;
- offrir l'immunisation contre les hépatites A et B en conformité avec le programme d'immunisation du Québec.

Deuxième volet – Counselling relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires

Le dépistage parmi les personnes à risque d'être infectées et le traitement précoce des partenaires sont des éléments clés dans la lutte contre les ITS. Souvent, le seul moyen de permettre aux partenaires d'avoir accès à ces services est de faire en sorte qu'ils soient informés de leur exposition.

Ce deuxième volet de l'intervention a pour buts d'amener le cas-index à reconnaître l'importance que ses partenaires soient informés et d'obtenir sa collaboration. Il vise aussi à ce que tous les partenaires du cas-index pour lesquels l'intervention préventive est requise soient identifiés en vue de les informer de leur exposition à une ITS. Ce volet comprend :

- la sensibilisation du cas-index aux avantages qu'il peut retirer de l'intervention :
  - diminuer le risque de réinfection,
  - être perçu comme une personne responsable ;
- la sensibilisation du cas-index à la responsabilité et à la solidarité sociales :
  - droit des personnes exposées d'avoir accès aux mesures préventives appropriées,
  - moyen de freiner la propagation de l'infection dans la communauté ;
- l'information du cas-index sur les services offerts pour l'appuyer dans sa démarche et sur les mesures prises pour préserver la confidentialité des renseignements recueillis ;
- l'identification des partenaires devant être joints en fonction de la période de contagiosité propre à chaque infection, tel qu'indiqué à l'annexe I. Cette étape est nécessaire tant dans l'approche passive que dans l'approche négociée ;
- l'établissement d'une entente entre le cas-index et le professionnel de la santé pour aviser les partenaires de leur exposition à une ITS et réaliser l'intervention auprès d'eux (approche négociée) ;
- le soutien du cas-index dans sa démarche auprès de ses partenaires qu'il avise lui-même (approches passive et négociée) ;
- le suivi auprès du cas-index, après une semaine, afin de s'assurer que ses partenaires ont effectivement été joints (approche négociée). Au besoin, on pourra établir une nouvelle entente afin d'aviser les partenaires qui n'auraient pas été joints.

Il faut noter que cette démarche est volontaire. Le cas-index doit avoir accès à l'ensemble des services offerts, même s'il refuse de coopérer à l'intervention préventive. Le professionnel de la santé lui fera parvenir de la documentation afin de le sensibiliser à l'importance d'aviser ses partenaires et de l'informer des services offerts à cette fin.

Troisième volet – Notification aux partenaires et intervention préventive auprès d'eux

Le troisième volet comprend les actions réalisées directement auprès des partenaires d'un cas-index. Le contact avec les partenaires sera assuré soit par le cas-index, soit par un professionnel de la santé publique, soit par un autre professionnel de la santé. Les actions à réaliser sont les suivantes :

- informer les partenaires de leur exposition à une ITS et de la nécessité qu'ils soient traités et examinés ;
- leur fournir de l'information sur les infections transmissibles sexuellement, et en particulier sur l'ITS concernée ;
- leur donner des conseils sur les moyens de diminuer le risque de contracter ou de transmettre l'infection ;
- les diriger vers les ressources appropriées pour :
  - un traitement épidémiologique et un examen médical,
  - un dépistage,
  - la vaccination gratuite contre l'hépatite B et, si indiqué, contre l'hépatite A.

Cela va sans dire que, lorsque le cas-index fait lui-même la démarche, celle-ci se limite presque exclusivement aux premiers éléments, soit l'information sur l'exposition du partenaire à une ITS et la nécessité pour lui d'être traité et examiné, ce à quoi peut s'ajouter un minimum d'information sur l'ITS en cause.

6 MODALITÉS DE L'INTERVENTION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les modalités d'intervention des professionnels de la santé publique seront différentes selon que l'intervention préventive résultera d'une déclaration d'ITS-MADO – ce qui est la situation la plus fréquente – ou qu'elle fera suite à la demande d'un clinicien, au résultat positif d'un test de dépistage, à la demande d'une personne atteinte elle-même ou à une demande provenant de l'extérieur de la région.

Les étapes à suivre peuvent être adaptées selon l'organisation des services dans chacune des régions. Divers outils (voir annexe II) sont suggérés pour informer ou appuyer, selon le cas, les différents acteurs concernés, soit les personnes atteintes d'une ITS, les cliniciens, les professionnels de la santé publique et les autres professionnels de la santé.

Intervention préventive à la suite de la déclaration d'une ITS-MADO prioritaire[7]

À la suite de la déclaration d'une ITS-MADO, le professionnel de la santé publique entrera en contact avec le médecin traitant afin de discuter de l'intervention préventive à entreprendre auprès de son patient et des partenaires de ce dernier. Cette démarche vise à préserver la relation de confiance entre le médecin et son patient et à favoriser des rapports harmonieux entre les professionnels de la santé publique et les médecins de la région.

Ententes permanentes

Afin de minimiser les démarches requises et de faciliter l'enquête épidémiologique ainsi que l'intervention préventive, tout en préservant la relation privilégiée entre le médecin et son patient, il est recommandé d'établir une entente permanente entre la Direction de santé publique (DSP) et chacun des médecins du territoire. Cette entente permet aux professionnels de la santé publique de communiquer directement avec le cas-index lorsque l'un de ces médecins est le médecin traitant ou celui qui a déclaré l'ITS-MADO. Chaque médecin doit cependant conserver la possibilité de communiquer avec la DSP lorsqu'il désire que, dans certains cas particuliers, des modalités différentes s'appliquent.

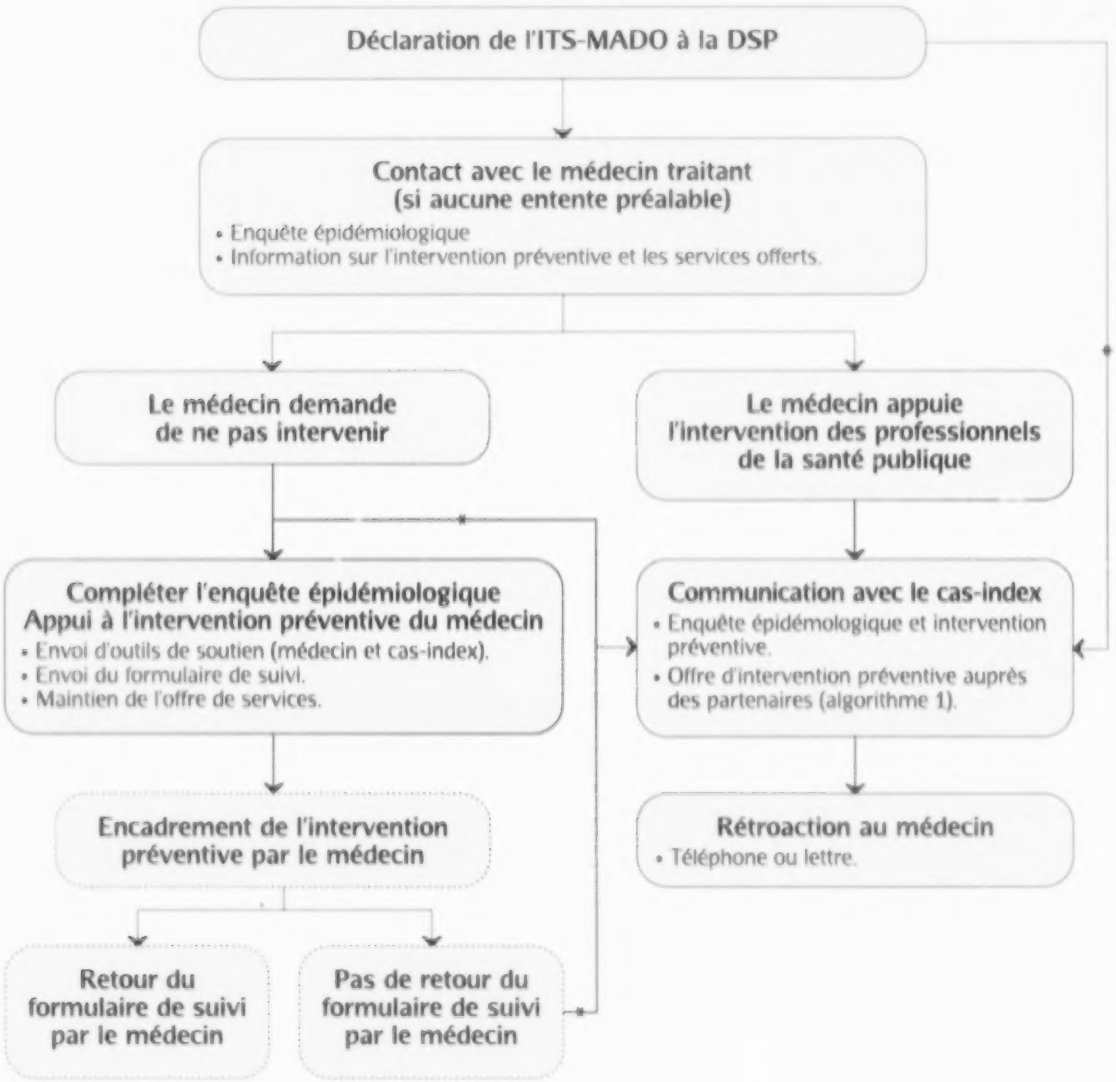
Outre les cas où une entente permanente est établie entre la DSP et le médecin traitant, le professionnel de la santé publique pourra, dans certaines circonstances, communiquer directement avec le cas-index, par exemple :

- si, malgré des tentatives raisonnables, le médecin traitant ne peut être joint ;
- si la situation épidémiologique le justifie (p. ex. : contexte d'éclosion) ;
- si, de l'avis du professionnel de la santé publique, la situation du cas-index ou de l'un de ses partenaires l'exige.

7. Voir l'algorithme 3.

Algorithme 3

INTERVENTION PRÉVENTIVE À LA SUITE DE LA DÉCLARATION D'UNE ITS-MADO PRIORITAIRE



* Si nécessaire, dans un contexte de vigie sanitaire.
---- Intervention réalisée par le médecin ou par un autre professionnel de la santé (p. ex. : infirmière).
— Intervention réalisée par les professionnels de la santé publique.

Il devra toutefois observer un délai minimal avant de le faire, afin que le médecin ait eu la possibilité de communiquer le diagnostic à son patient.

Si le médecin traitant appuie l'intervention préventive, le professionnel de la santé publique recueillera auprès de lui certains renseignements requis par l'enquête épidémiologique, notamment sur les aspects cliniques et les interventions déjà réalisées (conseils préventifs, démarches auprès des partenaires, etc.). Il communiquera ensuite avec le cas-index afin de réaliser les actions appropriées de l'intervention préventive décrite à la section « Volets de l'intervention ». Enfin, il informera le médecin traitant des résultats de ses démarches.

Si le médecin traitant demande au professionnel de la santé publique de ne pas entreprendre d'intervention préventive auprès de ses patients et de leurs partenaires, il devra fournir les renseignements requis par l'enquête épidémiologique et s'assurer que l'intervention préventive soit réalisée par lui-même ou par un autre professionnel. La DSP lui fournira la documentation appropriée et lui demandera de lui faire parvenir un formulaire de suivi.

Dans l'éventualité où un médecin traitant ne procéderait pas à l'intervention préventive ou ne communiquerait pas à la Direction de santé publique les renseignements jugés essentiels, il devrait être informé qu'en vertu des dispositions de la Loi sur la santé publique (art. 96 et 100), le directeur de santé publique pourrait intervenir directement auprès du cas-index. Une telle démarche ne pourrait cependant être entreprise sans prendre en considération, à la fois, les risques reliés au fait de retarder l'intervention et les conséquences possibles de cette intervention sur la relation établie entre le médecin traitant et son patient.

Intervention préventive à la suite de la déclaration d'une ITS-MADO autre que prioritaire[8]

Lorsque les renseignements fournis lors de la déclaration d'une ITS-MADO ne permettent pas de déduire qu'il s'agit d'un cas prioritaire, aucun soutien n'est offert de façon systématique par la DSP. Le clinicien est alors le mieux placé pour encadrer la démarche du cas-index auprès de ses partenaires.

L'action de la DSP se limite alors à fournir au médecin traitant certains outils visant à l'appuyer et à soutenir le cas-index dans sa démarche auprès de ses partenaires, en plus de les informer sur les services offerts dans la région en ce domaine. Ceci peut se faire au cas par cas ou de façon périodique.

Par ailleurs, le médecin traitant devra diriger vers les professionnels de la santé publique toute personne dont la situation peut être considérée comme un cas prioritaire, même si les renseignements fournis à l'occasion de la déclaration ne permettent pas de détecter les facteurs de vulnérabilité qui la touchent.

Demande de soutien provenant d'un clinicien

Un clinicien – médecin ou infirmière – peut demander à un professionnel de la santé publique de son territoire de réaliser une intervention préventive auprès des partenaires de l'un de ses patients.

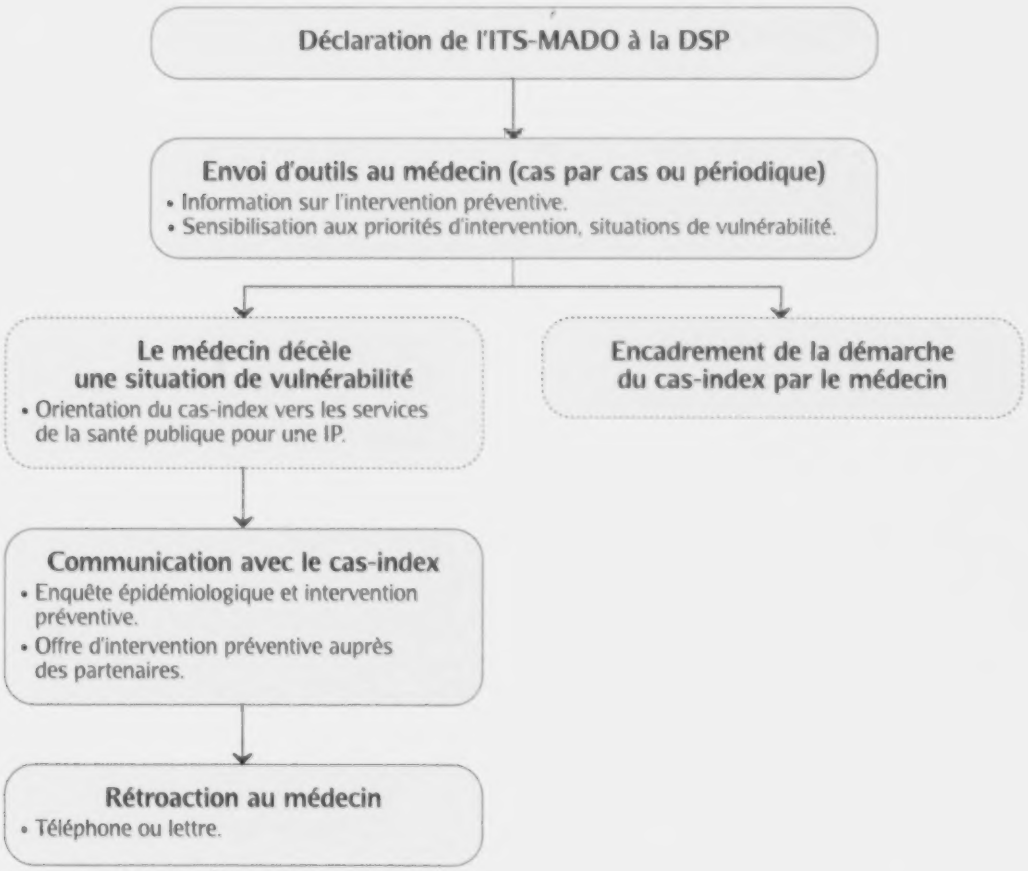
Toute demande provenant d'un clinicien doit faire l'objet d'un suivi, qui variera selon chaque cas.

---

8. Voir l'algorithme 4.

Algorithme 4

INTERVENTION PRÉVENTIVE À LA SUITE DE LA DÉCLARATION D'UNE ITS-MADO AUTRE QUE PRIORITAIRE



---- Intervention réalisée par le médecin ou par un autre professionnel de la santé (p. ex.: infirmière).
— Intervention réalisée par les professionnels de la santé publique.

- Pour toute demande relative à un cas prioritaire, l'intervention préventive doit être offerte d'emblée, selon l'approche négociée.
- Pour les autres cas d'ITS, la demande devra être analysée et le suivi à lui accorder devra faire l'objet d'une entente entre le clinicien et le professionnel de la santé publique, en tenant compte de divers facteurs tels que la situation du cas-index et les risques appréhendés pour ses partenaires.
- Dans tous les cas, le professionnel de la santé publique devra toutefois s'assurer que le cas-index a été informé de la démarche du clinicien et il devra noter tout renseignement déjà connu par ce dernier (conditions de vie du cas-index, facteurs de vulnérabilité, critères cliniques, démarches déjà entreprises auprès des partenaires, etc.).

Si le cas-index refuse le soutien offert, le professionnel de la santé publique lui indiquera qu'il pourra le joindre ultérieurement, s'il le désire, et lui fera parvenir des outils pour l'aider dans sa démarche auprès de ses partenaires.

Un suivi devrait être fait auprès du médecin traitant qui a dirigé un cas-index vers les professionnels de la santé publique, afin de l'informer des actions qui ont pu être réalisées et, dans l'éventualité où le cas-index aurait refusé l'intervention auprès de ses partenaires, l'inciter à faire valoir auprès de son patient l'importance de cette démarche.

Soutien offert à la suite d'un dépistage réalisé par un service de dépistage

Outre celui qui est fait en cabinet médical, le dépistage des ITS peut être effectué par un service intégré de dépistage et de prévention des ITS qui offre aussi l'intervention préventive, ou par un service de dépistage établi dans une clinique spécialisée, dans un CLSC, dans un dispensaire, dans un centre hospitalier, etc. De tels services constituent des lieux privilégiés où trouver du soutien en matière d'intervention préventive. Ce soutien devrait être offert d'emblée à toute personne qui reçoit un résultat positif au test de détection. La démarche se déroulera selon les modalités décrites à la section « Volets de l'intervention préventive ».

La personne infectée devra être dirigée rapidement vers un médecin en vue d'un traitement et d'un examen. Le cas échéant, le médecin devra être informé des démarches entreprises en matière d'intervention préventive auprès des partenaires de la personne infectée. La consultation médicale devra avoir lieu dans les meilleurs délais (moins d'une semaine).

L'intervention préventive auprès des partenaires se déroulera suivant l'approche négociée ou l'approche passive, selon qu'il s'agira d'un cas prioritaire ou d'un autre cas d'ITS.

Si le service de dépistage n'est pas en mesure d'offrir l'intervention préventive, le cas-index devra alors être dirigé vers l'organisme désigné à cette fin dans la région.

Demande de soutien provenant d'une personne atteinte d'une ITS

La situation sera sans doute rare, mais il est possible qu'une personne atteinte d'une ITS demande elle-même de l'aide à la DSP dans sa démarche pour aviser un ou plusieurs partenaires.

Avant d'amorcer la démarche, il est essentiel de procéder à la validation du diagnostic, afin d'éviter des interventions non justifiées qui pourraient être préjudiciables à des tiers. Selon les modalités établies dans la région, la DSP pourra valider le diagnostic en consultant le système québécois des MADO ou en communiquant avec le laboratoire concerné ou avec le médecin traitant.

Une fois le diagnostic validé, toute demande de soutien en matière d'intervention préventive auprès des partenaires provenant d'une personne atteinte d'une ITS doit être acceptée. Selon l'organisation régionale des services, l'intervention sera prise en charge directement par la DSP ou la personne infectée sera dirigée vers un organisme désigné pour offrir ce service dans la région. On privilégiera l'approche négociée.

Si le diagnostic n'est pas validé, on ne procédera à aucune intervention préventive auprès des partenaires. La personne qui a sollicité le service pourra demander à son médecin traitant de communiquer avec la DSP afin de clarifier la situation. Si le diagnostic est alors validé, une nouvelle demande de soutien pourra être présentée.

Demande de soutien provenant de l'extérieur de la région

Un organisme désigné pour offrir l'intervention préventive dans une région donnée peut recevoir une demande de services de la part d'une direction de santé publique ou d'un clinicien d'une autre région du Québec ou d'une autre province canadienne.

Selon la demande, l'intervention pourra consister soit à joindre un cas-index qui réside dans la région (mais qui a reçu son diagnostic ailleurs), en vue de lui offrir un soutien en matière d'intervention préventive, soit à compléter une intervention préventive amorcée à l'extérieur de la région en joignant un ou plusieurs partenaires demeurant dans la région. Dans toutes ces situations, la demande doit faire l'objet d'un suivi.

S'il s'agit d'une personne atteinte d'une ITS (cas-index) résidant dans la région mais qui a obtenu son diagnostic ailleurs au Québec, les étapes à respecter à la suite du transfert du cas par une autre DSP sont les mêmes que dans le cas d'une ITS déclarée par un laboratoire ou par un médecin de la région.

Si le diagnostic a été posé dans une autre province, il faut d'abord s'assurer que l'information transmise provient d'un organisme reconnu et que, par conséquent, les renseignements peuvent être considérés comme valides. Le cas échéant, le soutien pourra être offert directement au cas-index, sans tentative de communication préalable avec le médecin traitant. L'intervention se déroulera de la même façon que s'il s'agissait d'une déclaration d'ITS-MADO, selon les priorités établies pour le Québec et pour la région.

Si l'objet de la demande est une intervention auprès d'un ou de plusieurs partenaires résidant dans la région, alors que le cas-index vit à l'extérieur, des tentatives raisonnables devront être entreprises pour joindre le ou les partenaires concernés, dans la mesure où les renseignements nécessaires auront été fournis par un organisme reconnu.

7 DIMENSIONS ÉTHIQUES

Bien que reconnue comme un moyen important de lutte contre les ITS, l'intervention préventive auprès des partenaires d'une personne atteinte d'une ITS demeure une démarche délicate qui doit s'appuyer sur de solides considérations éthiques.

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (p. 19-21) a retenu neuf valeurs et principes éthiques : le bien commun, la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie, le respect de la confidentialité et de la vie privée, la responsabilité, la solidarité, la protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables ainsi que la justice[9]. Ces valeurs et principes s'appliquent, cela va sans dire, à l'intervention préventive auprès des partenaires.

Certains principes éthiques méritent une attention particulière[10] :

- **La non-malfaisance**

  Il faut éviter de nuire. Par exemple, avant d'intervenir auprès des partenaires d'une personne atteinte d'une ITS, il est important d'évaluer les conséquences sociales, psychologiques et familiales que cette démarche peut entraîner. Toutes les mesures raisonnables doivent être prises afin de prévenir des réactions telles que la vengeance ou la violence conjugale, dont les conséquences pourraient être plus graves que ce que l'on veut prévenir, par exemple les complications d'une ITS non traitée. Évaluer les avantages et les inconvénients de l'intervention et acquérir l'assurance raisonnable que les bénéfices possibles sont supérieurs aux risques, voilà des préalables qui permettront à l'intervenant d'éviter de verser dans « l'obsession de l'interventionnisme missionnaire » décriée par certains.

- **La responsabilité et la solidarité**

  On associe d'emblée le principe de la responsabilité à l'État (santé publique) qui est responsable envers les citoyens ; mais chaque citoyen doit aussi assumer sa responsabilité envers les autres citoyens et envers la communauté. Deux grands courants de pensée s'opposent : d'une part, il y a ceux qui préconisent un certain niveau de restrictions individuelles pour protéger le bien commun qu'est la santé ; d'autre part, il y a ceux pour qui le meilleur moyen de promouvoir les intérêts des individus est de leur laisser une totale liberté d'action. En réalité, il faut viser l'équilibre entre les deux.

  Ce principe, appliqué à l'intervention préventive auprès des partenaires, implique que, au nom du bien commun, la personne infectée collabore à une démarche pouvant comporter certaines difficultés pour elle. Une telle collaboration constitue un geste de solidarité de la personne concernée envers les autres membres de sa communauté.

---

9. À ce sujet, on lira avec intérêt le chapitre 4 de *Éthique et santé publique* de Raymond Massé.

10. Ces principes, définis sommairement ici, feront l'objet d'une présentation plus approfondie, accompagnée d'applications concrètes, dans le programme de formation.

La responsabilité des services de la santé publique doit s'exercer tant à l'égard du bien commun, par la mise en place de mesures visant à limiter la propagation de l'infection, qu'à l'égard de la personne infectée, afin de lui éviter des préjudices plus importants que ceux qui pourraient être causés à la collectivité par l'absence d'intervention.

- **L'autonomie**[11]

  La majorité des personnes sont en mesure de décider de ce qui est bien pour elles, de définir leurs propres priorités et de les inscrire dans une échelle de valeurs reconnues par leur communauté. Dans le domaine des ITS, les droits à la vie privée, à la confidentialité, à la santé, à l'intégrité physique et à la vie sont d'une importance capitale.

- **Le respect de la dignité humaine**

  Un principe transcende tous les autres: c'est le respect de la dignité humaine. Être respecté dans sa dignité, c'est d'abord être considéré et traité comme une « personne unique ». Le respect de la dignité humaine se manifeste dans l'écoute attentive des forces, des vulnérabilités, des peurs, des anxiétés et des espoirs d'une personne. Respecter la dignité d'une personne, c'est la regarder à travers un contexte et une histoire qui lui sont uniques.

- **Le respect des différences ethnoculturelles**

  Depuis les trente dernières années, le Québec s'est fortement diversifié sur les plans ethnique et culturel. Le comportement sexuel et les relations entre partenaires expriment inévitablement cette diversité. Les professionnels de la santé engagés dans des interventions préventives se doivent d'être réceptifs et respectueux à l'égard de comportements aux références ethnoculturelles différentes des leurs.

11. La définition de ce principe et de ceux qui suivent est largement inspirée de commentaires formulés par le Dr David Roy à l'occasion d'une consultation privée.

8 CADRE LÉGAL

Dans le contexte où l'intervention préventive est préconisée comme mesure de protection de la santé publique, plusieurs lois et règlements peuvent être invoqués pour en déterminer les balises. Ces lois et règlements nous aident à définir les rôles et les responsabilités propres à chacun des acteurs concernés, soit le cas-index, ses partenaires, le médecin traitant, le professionnel de la santé publique, le comité d'éthique et le directeur de santé publique[12].

Cas-index

- Obligation de traitement : il n'y a aucune obligation de traitement pour le cas-index car les infections transmissibles sexuellement ne sont pas incluses dans la liste des maladies à traitement obligatoire (Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, art. 9).
- Identification des partenaires : aucune loi n'oblige spécifiquement une personne atteinte d'une ITS à identifier ses partenaires.
- Information aux partenaires : il n'existe pas de loi obligeant spécifiquement une personne atteinte à informer ses partenaires de leur exposition à une maladie infectieuse. Toutefois, le Code civil du Québec interdit de nuire à autrui de manière excessive et de lui causer des préjudices (art. 7 et 1457).
- Obligation de se conduire de façon à ne pas exposer autrui à la maladie : le Code civil prévoit la possibilité de recours de la part d'une personne qui aurait subi des préjudices (art. 1457). Toutefois, il faut tenir compte de la responsabilité qui incombe à chacun de se protéger.

Partenaire

- Consultation médicale : le partenaire est libre de se soumettre ou non à un examen médical (Code civil, art. 11).
- Traitement du partenaire : le partenaire n'est aucunement obligé de recevoir un traitement (Code civil, art. 11).

Médecin traitant

- Obligation de déclarer une maladie : en vertu du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, en vigueur depuis le 20 novembre 2003, tout médecin (de même que tout dirigeant d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale) est tenu de déclarer par écrit, au directeur de santé publique de son territoire, dans les 48 heures, les infections et maladies suivantes : [...] chancre mou, granulome inguinal, infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique, lymphogranulomatose vénérienne et syphilis (art. 2).

12. Le cadre légal de l'intervention préventive auprès des partenaires fera l'objet d'une présentation plus élaborée dans le programme de formation.

La déclaration, datée et signée par le médecin, doit fournir les renseignements suivants:

- nom de l'infection ou de la maladie;
- nom, sexe, occupation, date de naissance, adresse incluant le code postal, numéro de téléphone et numéro d'assurance maladie de la personne atteinte;
- date du début de la maladie;
- s'il a effectué des prélèvements pour analyse en laboratoire, date de ces prélèvements et nom des laboratoires qui procéderont aux analyses;
- son nom, son numéro de permis d'exercice et les numéros de téléphone où il peut être joint;
- dans le cas d'une déclaration [...] de syphilis [...], les informations sur les dons de sang, d'organes ou de tissus faits par la personne atteinte et les informations sur le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus reçus par la personne atteinte;
- dans le cas d'une déclaration de syphilis, si celle-ci est primaire, secondaire, latente de moins ou de plus d'un an, congénitale, tertiaire ou d'une autre forme (art. 6).

- Collaboration aux enquêtes épidémiologiques (Loi sur la santé publique, art. 100, 8°).
- Respect du consentement et du secret professionnel (Charte des droits et libertés de la personne, art. 9, et Code des professions, art. 60.4). Outre celles qui sont prévues par la loi, ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles, à juger au cas par cas – et idéalement en consultation avec un comité d'éthique – que le médecin traitant peut transgresser les dispositions générales concernant le secret professionnel, par exemple pour informer des partenaires exposés si un préjudice sérieux mais évitable peut leur être causé s'ils ne sont pas avisés. Le code de déontologie des médecins (art. 20 et 21) indique les motifs et les modalités d'une telle dérogation au secret professionnel.
- Responsabilité d'offrir à son patient les soins requis par son état de santé ou de le diriger vers les professionnels qui pourront le faire (Code de déontologie des médecins, art. 32 et 33).

■ Directeur de santé publique (ou ses mandataires)

- Mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire, lorsque le directeur de santé publique en a besoin pour procéder à une enquête épidémiologique ou pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée (Loi sur la santé publique, art. 12 et 97).
- Enquête épidémiologique, dans toute situation où le directeur de santé publique a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être, notamment lorsqu'il reçoit une déclaration de MADO (Loi sur la santé publique, art. 96). Au besoin, il peut ordonner à toute personne, ministère ou organisme de lui communiquer ou de lui donner accès immédiatement à tout document ou tout renseignement en sa possession, même s'il s'agit d'un renseignement personnel, d'un document ou d'un renseignement confidentiel (art. 100, 8°).
- Application du Programme national de santé publique et du plan d'action régional de santé publique (Loi sur la santé publique, art. 11; Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 371). L'intervention préventive auprès des partenaires d'une personne atteinte d'une ITS est l'une des actions préconisées par le *Programme national de santé publique 2003-2012* (p. 57).

- Action au bénéfice de la collectivité ou d'un groupe d'individus (Loi sur la santé publique, art. 5).
- Respect des règles de consentement et de confidentialité (Charte des droits et libertés de la personne, art. 9; Code des professions, art. 60.4; Loi sur la santé publique, chap. XII).
- Exercice du rôle de vigie sanitaire relativement aux maladies à déclaration obligatoire (Loi sur la santé publique, art. 2).

Tous ces pouvoirs doivent évidemment être utilisés avec discernement. Le degré de contrainte imposé doit être proportionnel au degré de menace pour la santé.

Comité d'éthique

- Sur demande du ministre, donner son avis sur toute question éthique qui peut être soulevée dans l'application de la Loi sur la santé publique, notamment sur les activités ou actions prévues par le programme national, les plans d'action régionaux ou les plans d'action locaux de santé publique (Loi sur la santé publique, art. 21).

9 ORGANISATION DES SERVICES

La DSP doit s'assurer que l'intervention préventive soit accessible à toutes les personnes atteintes d'une ITS prioritaire. Il appartient à chaque région de déterminer le type d'organisation qui répond le mieux aux besoins, en tenant compte des services déjà en place et des réalités propres à chaque milieu. Il est souhaitable que le service soit offert dans des lieux où la masse critique de patients est suffisante pour maintenir l'expertise des intervenants. La DSP peut offrir elle-même ce service ou désigner un ou des établissements de santé pour le faire.

Pour satisfaire aux objectifs du présent programme, l'organisation des services dans la région doit permettre d'offrir :

- de façon systématique, l'intervention préventive pour tous les cas prioritaires pouvant être détectés à l'occasion de la déclaration d'une ITS-MADO ;
- l'intervention préventive aux personnes qui sont dirigées vers les professionnels de la santé publique par un clinicien, soit en raison du caractère prioritaire du cas, soit, après entente, lorsque le clinicien le juge nécessaire pour l'efficacité de l'intervention ;
- un soutien en matière d'intervention préventive aux personnes atteintes d'une ITS qui en font la demande et dont le diagnostic a pu être validé.

Quel que soit le modèle d'organisation retenu, la continuité des services doit être une préoccupation centrale. Ceci exige la collaboration de tous les professionnels de la santé concernés par la prévention, le dépistage et le traitement des ITS et celle des organismes communautaires qui œuvrent auprès de certaines populations vulnérables et qui peuvent, dans certains cas, aider à retrouver des partenaires difficiles à joindre. L'intervention préventive doit être intégrée dans un ensemble d'activités : éducation, dépistage, diagnostic, traitement, counselling, soutien psychosocial, etc. Les pharmaciens ont aussi un rôle à jouer dans la promotion des services de soutien offerts dans la région en matière d'intervention préventive auprès des partenaires.

L'organisation des services doit aussi inclure des mécanismes de protection des renseignements personnels. Une attention particulière doit être apportée à la confidentialité de l'identité du cas-index. En outre, des mesures doivent être prises pour que le cas-index puisse consentir librement à l'identification de ses partenaires ainsi qu'à la démarche de notification.

Il est essentiel que l'intervention préventive soit réalisée par des professionnels qualifiés, formés spécialement pour offrir ce type de service. Leur formation doit inclure les connaissances de base sur les infections (épidémiologie, modes de transmission, symptômes, évolution clinique, traitements, etc.) et sur les divers aspects du counselling. Ces personnes doivent avoir accès à des activités de formation continue leur permettant de mettre à jour leurs connaissances et de développer leur expertise[13].

13. Un programme de formation est prévu. Celui-ci sera adapté, d'une part, aux professionnels de la santé qui offrent régulièrement l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires et, d'autre part, aux médecins omnipraticiens et spécialistes (gynécologues, pédiatres, urologues et autres).

De plus, il est important de prévoir des mécanismes souples pour diriger adéquatement les personnes qui requièrent des services que les responsables de l'intervention préventive ne peuvent donner eux-mêmes (examen médical, traitement ou autres). Afin qu'elle puisse bénéficier rapidement des soins appropriés, la personne qui a été exposée à une ITS (partenaire) devrait pouvoir être dirigée soit vers un médecin rattaché à un organisme qui offre l'intervention préventive, soit à un médecin avec lequel une entente a été établie au préalable, soit à son médecin de famille.

10 CRITÈRES ESSENTIELS À LA RÉUSSITE DE L'INTERVENTION

À partir des principes éthiques et du cadre légal énoncés précédemment – et sur la base d'expériences déjà réalisées –, voici quelques-uns des critères essentiels à respecter pour favoriser la réussite de l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires.

- La participation volontaire du cas-index à la démarche d'intervention préventive auprès de son, sa ou ses partenaires, sans coercition et sans préjudice pour lui-même ni pour ses partenaires :
  - chacun doit être en mesure de donner son consentement éclairé ;
  - chacun doit avoir accès à l'ensemble des services disponibles indépendamment de sa coopération à l'intervention préventive proposée.
- Le respect rigoureux de la confidentialité des renseignements recueillis

  Le respect de la confidentialité s'applique aux données (écrites ou autres) se rapportant tant au cas-index qu'à ses partenaires, de même qu'aux renseignements permettant de joindre les partenaires. Il importe tout particulièrement que le professionnel de la santé évite de donner ou de confirmer l'identité du cas-index lorsqu'il avise un partenaire de son exposition à une ITS.
- Le respect de la relation de confiance établie entre le médecin et son patient :
  - toutes les mesures raisonnables doivent être prises pour informer le médecin traitant de l'intervention préventive envisagée ;
  - le choix des modalités d'intervention auprès du cas-index et de ses partenaires doit tenir compte de l'opinion du médecin traitant ;
  - dans l'éventualité où, dans le cadre de la démarche, on décelerait par exemple la possibilité d'un échec du traitement, il faudrait en informer le médecin et convenir avec lui des suites à donner.
- L'offre systématique de counselling tant au cas-index qu'à ses partenaires

  Il faut fournir au cas-index et à ses partenaires toute l'information pertinente et les orienter au besoin vers les services requis par leur état de santé. Il faut, de plus, les soutenir dans l'adoption et le maintien de comportements sexuels sécuritaires.
- La continuité des services :
  - l'intervention préventive doit s'inscrire dans un ensemble d'activités de prévention des ITS incluant notamment l'éducation et le dépistage ;
  - ce service doit être coordonné aux soins de santé primaires (diagnostic, traitement, etc.) et aux autres activités de santé publique ;
  - il devrait prévoir l'accès, au besoin, aux services de soutien appropriés (counselling, soutien psychosocial) tant pour les cas-index que pour leurs partenaires ;
  - il devrait être doté des ressources nécessaires.

- Le partenariat

  Un partenariat doit être maintenu et développé entre les différents établissements, organismes et services (CLSC, cliniques médicales, centres de dépistage, organismes communautaires et autres) concernés par l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires. Cela exige au préalable que tous reçoivent l'information sur le présent programme et qu'ils aient accès aux outils appropriés.

- La qualification des professionnels de la santé

  L'intervention préventive doit être réalisée par des professionnels qualifiés, formés spécialement pour offrir ce type de service.

11 ÉVALUATION

En vue de vérifier si le programme atteint les résultats escomptés et, éventuellement, d'y apporter les ajustements nécessaires, le ministère de la Santé et des Services sociaux procédera à un suivi de l'implantation des services proposés dans les différentes régions et à une évaluation des activités réalisées.

Dans les grandes lignes, les résultats attendus eu égard à l'**implantation du programme** sont les suivants :

- mise sur pied de services d'intervention préventive pour les cas d'ITS prioritaires dans toutes les régions ;
- sessions de formation offertes dans toutes les régions à l'intention des médecins et des autres professionnels concernés par la lutte contre les ITS et par l'intervention préventive ;
- intégration de l'intervention préventive dans le programme de formation des professionnels des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS ;
- diffusion des outils de communication et d'intervention à tous les professionnels concernés ;
- promotion du programme auprès de tous les partenaires concernés.

Pour ce qui est des **activités réalisées**, les résultats attendus sont notamment les suivants :

- enquête et intervention préventive dans tous les cas déclarés d'infection gonococcique et de syphilis infectieuse et dans 60 % des cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les personnes de 19 ans et moins ;
- suivi accordé par la DSP à toutes les demandes d'intervention préventive acheminées par les professionnels de la santé de première ligne ;
- intervention préventive réalisée auprès de tous les cas-index ayant accepté ce service ;
- démarches faites auprès de tous les partenaires qui, après entente avec les cas-index, devaient être joints par les professionnels de la santé publique.

Des indicateurs devront être définis et des outils devront être élaborés afin de permettre la collecte de données comparables dans toutes les régions.

Il serait aussi souhaitable de procéder à une recherche évaluative pour approfondir certains aspects de l'application du programme et pour vérifier le niveau d'atteinte de ses objectifs.

CONCLUSION

L'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires est reconnue comme une mesure valable pour prévenir et enrayer la propagation de ces infections qui touchent des milliers de Québécoises et de Québécois chaque année. Si elle est souhaitable dans tous les cas, elle s'impose dans certaines situations jugées prioritaires en raison notamment des données épidémiologiques et des facteurs de vulnérabilité des personnes atteintes ou susceptibles de l'être.

Ce service doit être accessible dans toutes les régions. Il peut être offert selon diverses modalités d'organisation tenant compte des réalités du milieu. Partout, il exige la collaboration de tous les professionnels de la santé concernés, tant les cliniciens que les professionnels de la santé publique.

Ce type d'intervention demeurera toujours délicat. C'est pourquoi il doit s'appuyer sur de solides considérations éthiques et respecter le cadre prescrit par les lois et règlements. La confidentialité des renseignements doit notamment être soigneusement respectée.

Ce service doit aussi être offert par des professionnels qui ont acquis les connaissances et les compétences nécessaires, par exemple au moyen de l'éducation continue. Ces professionnels pourront bénéficier du programme de formation qui sera proposé dans le cadre de l'implantation du programme.

Enfin, des outils adaptés aux diverses situations sont suggérés aux différents acteurs concernés par l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires, afin de les informer ou de les appuyer dans leur action.

ANNEXES

Annexe I
Partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité

Infection	Partenaires à joindre
Syphilis primaire	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec le cas-index • jusqu'à 90 jours avant le début des symptômes ou le moment du diagnostic; • pendant la durée des symptômes.
Syphilis secondaire	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec le cas-index • jusqu'à 6 mois avant le début des symptômes ou le moment du diagnostic; • pendant la durée des symptômes.
Syphilis latente précoce	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec le cas-index jusqu'à un an avant le moment du diagnostic.
Syphilis latente tardive et autres	Les partenaires présents ou passés qui ont eu une relation de longue durée avec le cas-index devraient être dirigés vers les services appropriés pour un examen clinique et sérologique. Si le titre de VDRL est élevé (1 : 32 ou plus), il est plus prudent d'agir comme s'il s'agissait d'une syphilis latente précoce et de rechercher tous les partenaires de la dernière année.
Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* ou infection gonococcique	• Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec le cas-index dans les 60 jours précédant le début des symptômes ou le moment du diagnostic; • s'il n'y a aucun partenaire sexuel dans les derniers 60 jours précédant le début des symptômes ou le moment du diagnostic, le plus récent partenaire sexuel du cas-index; • les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec le cas-index avant que celui-ci ait terminé son traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose; • les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec un cas-index symptomatique.
Chancre mou	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec le cas-index jusqu'à 10 jours avant le début des symptômes.
Lymphogranulomatose vénérienne	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec le cas-index jusqu'à 30 jours avant le début des symptômes.
Granulome inguinal	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec le cas-index jusqu'à 60 jours avant le début des symptômes.

Annexe II
Outils de communication et d'intervention

Différents outils de communication et d'intervention sont offerts gratuitement aux médecins traitants et aux autres professionnels de la santé qui sont concernés par l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires. On peut se procurer ces outils en s'adressant à la Direction de santé publique.

- *L'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires: Le programme en bref.* Court résumé du programme pour toutes les personnes intéressées.
- *Pour briser la chaîne de transmission, traiter les partenaires.* Aide-mémoire à l'intention des professionnels de la santé.
- Brochure de soutien destinée au cas-index pour la démarche à faire auprès de ses partenaires.
- Formulaire d'enquête épidémiologique et d'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une ITS et auprès de ses partenaires, à utiliser à la suite de la déclaration d'une ITS-MADO prioritaire.*
- Guide d'utilisation du formulaire d'enquête épidémiologique et d'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une ITS et auprès de ses partenaires.*
- Formulaire de collecte d'information à l'occasion de l'intervention préventive auprès d'un partenaire, à utiliser par le professionnel de la santé publique.*
- Guide d'utilisation du formulaire de collecte d'information à l'occasion de l'intervention préventive auprès d'un partenaire et déroulement de l'entrevue.*
- Lettre type de confirmation d'entente entre le médecin et la Direction de santé publique relativement à l'intervention auprès du cas-index à la suite de la déclaration d'une ITS-MADO prioritaire.*
- Lettres types destinées à la personne infectée ou à un partenaire l'invitant à communiquer avec un professionnel de la santé publique.*
- Lettres types de rétroaction destinées au clinicien à la suite d'une démarche des professionnels de la santé publique auprès de l'un de ses patients (collaboration du patient et absence de collaboration du patient).*
- Lettre type pour diriger vers un médecin un partenaire informé de son exposition à une ITS.*
- Lettre et formulaire de suivi de l'intervention préventive réalisée par le médecin pour les cas prioritaires.*
- Fiche de transfert de dossier d'un service à un autre ou d'une région à une autre.*
- Tableau indiquant les périodes de contagiosité des diverses ITS, servant à déterminer quels partenaires doivent être joints.

D'autres outils de sensibilisation (carte, affiche ou autres) pourraient éventuellement être produits.

---

* On trouvera aussi ces documents, avec le protocole d'intervention « Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire », à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** du site Web du MSSS.

LISTE DES MEMBRES DU COMITE CONSULTATIF SUR LES ITS[14]

Direction générale de la santé publique

Sylvie Venne, M.D., M. Sc., présidente du comité consultatif sur les ITS
Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Michel Alary, M.D., Ph. D.
Unité de recherche en santé des populations de l'Université Laval, hôpital du Saint-Sacrement (CHA)
Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec
Département de médecine sociale et préventive, faculté de médecine, Université Laval

Louise de la Boissière, B. Sc. inf., M.A.P.
Coordonnatrice du service des maladies infectieuses
Direction régionale de la santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Laurent Delorme, M.D., FRCP
Département de microbiologie, hôpital Charles-Lemoyne

Harold Dion, M.D., CCMF, FCMF
Collège québécois des médecins de famille

Monique Drapeau, M.D.
Direction régionale de la santé publique de l'Estrie

Michèle Dupont M.D., M. Sc.
Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Brigitte Fournier, M.D.
Médecin conseil en maladies infectieuses
Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches

Philippe Jutras, M.D.
Microbiologiste infectiologue
Centre hospitalier régional de Rimouski
Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec (AMMIQ)

Annie-Claude Labbé, M.D., FRCP
Microbiologiste infectiologue
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec (AMMIQ)

14. Ce comité a terminé son mandat en décembre 2003.

Johanne Lefebvre, B. Sc. biologie moléculaire
Laboratoire de santé publique du Québec de l'Institut national de santé publique du Québec

Raymond Parent, M. Sc. microbiologie, M. Sc. épidémiologie
Centre de recherche, hôpital du Saint-Sacrement (CHA)
Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec

Cathy Sévigny
Division des maladies acquises en collectivité
Section santé, sexualité et ITS
Santé Canada

Marc Steben, M.D., DES méd. fam., DESS, CCMF, FCMF
Direction régionale de santé publique de Montréal-Centre
Clinique médicale de l'Ouest

Bruno Turmel, M.D.
Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Notification aux partenaires dans les cas de VIH/sida – Manuel de formation*, s. d., pag. variée.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Program Operations Guidelines for STD Prevention, Partner Services*, s. d., 68 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, vol. 51, nº RR-6, 80 p.

CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA. *Recommandations du comité consultatif MTS quant aux directives de dépistage des MTS des Lignes directrices canadiennes pour les MTS, édition 1998*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 14 p.

COMITÉ CONSULTATIF SUR LES MTS. *La notification aux partenaires pour les personnes atteintes d'une MTS: état de la situation et recommandations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 70 p.

COWAN, Frances M., Rebecca FRENCH et Anne M JOHNSON. « The role and effectiveness of partner notification in STD control: a review », *Genitourinary Medicine*, 1996, p. 247-252.

FOURNIER, Brigitte. *La notification aux partenaires... Améliorons nos habiletés!: Guide de formation et d'intervention*, DSPPE de Chaudière-Appalaches, 2001, pag. variée.

GOLDEN, Matthew R., et autres. « Partner notification for Chlamydial infections among private sector clinicians in Seattle-King County: A clinician and patient survey », *Sexually Transmitted Diseases*, 1999, vol. 26, nº 9, p. 543-547.

LAMBERT, Gilles, et autres. *Évaluation d'un service de soutien à la notification aux partenaires de personnes atteintes d'une maladie transmissible sexuellement (MTS) autre que l'infection à VIH*. Directions de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 1998, 204 p.

MACKE, Beth A., et Julie E. MAHER. « Partner notification in the United States: An evidence-based review », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 17, nº 3, 1999, p. 230-242.

MASSÉ, Raymond (avec la collaboration de Jocelyne Saint-Arnaud). *Éthique et santé publique*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003, 413 p.

MILLSON, M. E., et autres. « Partner notification for sexually transmitted diseases: Proposed practice guidelines », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 85, supplément 1, juillet-août 1994, p. S53-S55.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire: protocole d'intervention*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a, pag. variée. (Collection Prévenir et enrayer).

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : orientations 2003-2009*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b, 56 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire - Situation et orientations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 104 p. (Collection Prévenir et enrayer).

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie de lutte contre les MTS : orientations 2000-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 36 p.

OXMAN, Andrew D., et autres. « Partner notification for sexually transmitted diseases: An overview of the evidence », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 85, supplément 1, juillet-août 1994, p. S41-S48.

OXMAN, Gary L., et Linda DOYLE. « A comparison of the case-finding effectiveness and average costs of screening and partner notification », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 23, nº 1, janvier-février 1996, p. 51-57.

RASOOLY, I., et autres. « A survey of public health partner notification for sexually transmitted diseases in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 85, supplément 1, juillet-août 1994, p. S48-S52.

ROY, David. *Aspects éthiques de la notification aux partenaires*. Conférence présentée dans le cadre de la rencontre provinciale « VIH et notification aux partenaires : principes, enjeux, pratiques », 7 décembre 1998.

SANTÉ CANADA. *Lignes directrices canadiennes pour les MTS, édition 1998*, Division de la prévention et du contrôle des MTS, Santé Canada, 1998, 277 p.

ST. LAWRENCE, Janet S., et autres. « STD screening, testing, case reporting, and clinical and partner notification practices: A national survey of US physicians », *American Journal of Public Health*, vol. 92, nº 11, novembre 2002, p. 1784-1788.

www.msss.gouv.qc.ca

Santé
et Services sociaux
Québec